Henny Sinnema, Matthijs Oud, Daniëlle van Duin

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Handleiding voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd

Henny Sinnema
Matthijs Oud
Daniëlle van Duin

Handleiding voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd

Trimbos-instituut, Utrecht, 2013

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Financiering
ZonMw

Auteurs
Drs. H. Sinnema
Drs. M. Oud
Drs. D. van Duin

In samenwerking met
Dr. M. Nauta, Rijksuniversiteit Groningen en Accare
Drs. Y. Stikkelbroek, Child Adolescent Studies, Universiteit Utrecht
Prof. Dr. M. Wensing, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud UMC Nijmegen
En de deelnemende teams van Accare, GGZ Oost Brabant, Lentis Jonx, Mentaal Beter Jong, Mondriaan en Triversum

De handleiding is ontwikkeld in het project 'Goed en veilig behandelen van depressie bij kinderen. Een studie naar de implementatie van aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn Depressie bij jeugd, uitgevoerd in de periode mei 2011 tot november 2013.

Beeld
www.istockphoto.com
Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1259**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2013, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

1. Inleiding 5
2. Samenvatting richtlijn Depressie bij jeugd (samenvattingkaart) 7
3. Overzicht kernaanbevelingen richtlijn Depressie bij jeugd 13
3. Indicatoren bij kernaanbevelingen uit richtlijn Depressie bij jeugd 15
4. Planmatig model voor implementatie 19
5. Format implementatieplan 21
6. Registratieformulier aanbevelingen 35
7. Resultaten en ervaringen proefimplementatie richtlijn Depressie bij jeugd 37
8. Beïnvloedende factoren implementatie 41
9. Implementatiestrategieën 49

1. Inleiding

Wanneer een depressieve stoornis bij jeugdigen niet goed behandeld wordt kan dat uiteenlopende negatieve gevolgen hebben voor de verdere levensloop. Het belemmert jeugdigen in het adequaat uitvoeren van ontwikkelingstaken. Daarnaast kan het hebben van een depressie een nadelige invloed hebben op schoolprestaties, het sociale leven en uiteindelijk op de latere beroepsloopbaan. Daarom is het van groot belang dat jeugdigen de juiste zorg wordt geboden en wanneer behandeling met antidepressiva geïndiceerd is deze behandeling veilig wordt uitgevoerd. In de praktijk is er een gebrek aan kennis over geschikte manieren van implementeren van evidence-based interventies, bestaat er een spanningsveld tussen het geprotocolleerd uitvoeren van een behandeling en de eigen professionaliteit en ontbreken vaak de tijd en financiële middelen om kennis te vergaren over een systematische aanpak.
In onderhavige handleiding staan hulpmiddelen en worden adviezen gegeven die teams kunnen gebruiken ter ondersteuning van de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn Depressie bij jeugd, Addendum 2009 (www.ggzrichtlijnen.nl). De hulpmiddelen zijn: een samenvatting van de richtlijn, indicatoren om de toepassing van de aanbevelingen te monitoren, een format voor een implementatieplan, een registratieformulier voor toepassing en monitoring van de aanbevelingen, beschrijving van de resultaten van een proefimplementatie, beïnvloedende factoren bij het gebruik van de richtlijnaanbevelingen, en adviezen voor (landelijke) implementatie.

De hulpmiddelen en adviezen zijn ontwikkeld in het project 'Goed en veilig behandelen van depressie bij kinderen. Een studie naar de implementatie van aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn Depressie bij jeugd, uitgevoerd in de periode mei 2011 tot november 2013. De studie is gefinancierd door ZonMw.

We wensen u veel succes met de implementatie van de richtlijnaanbevelingen.

2. Samenvatting richtlijn Depressie bij jeugd (samenvattingkaart)

Symptomen	Instrumenten
Kernsymptomen (DSM-IV) Kind of adolescent vertoont ten minste twee weken duidelijke verandering in de stemming, gekenmerkt door: 1. depressieve of prikkelbare stemming gedurende grootste deel van de dag 2. duidelijke vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten **Aanvullende (DSM-IV)symptomen** Aanvullend dienen minstens vier van de volgende zeven andere kenmerken aanwezig te zijn: 3. duidelijk gewichtsverlies of gewichts-toename, of afgenomen of toegenomen eetlust 4. slapeloosheid of hypersomnia; 5. psychomotorische agitatie of remming; 6. klachten over moeheid of verlies van energie; 7. gevoelens van waardeloosheid met of buitensporige of onterechte schuldgevoelens; 8. verminderend vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid; 9. terugkerende gedachten aan de dood, of een suïcidepoging of –plan **De depressiesymptomen:** • veroorzaken in significante mate lijden of belemmeringen in het functioneren; • zijn niet toe te schrijven zijn aan de effecten van middelen (alcohol of drugs) of medicatie, lichamelijke ziekten, een rouwproces of aan andere psychiatrische aandoeningen	**Screening** Voor het herkennen van depressie bij kinderen: • van 4–18 jaar: CBCL (m.n. de DSM-iv schaal affectieve problemen). • van 11–18 jaar: als primaire maat de zelfrapportagelijst YSR (m.n. de DSM-iv schaal affectieve problemen) Voor het herkennen van psychopathologie bij kinderen: • van 4–16 jaar: de SDQ • van 12–18 jaar: de S-PSY **Diagnostiek** Voor diagnosticeren van een depressieve stoornis bij kinderen van 8–18 jaar, al dan niet met een eventuele comorbiditeit, wordt een semigestructureerd interview aangeraden: • Eerste keus interview: K-SADS • Tweede keus interview: ADIS-C/P • Minimale versie: check DSM-symptomen en doe een ernstbepaling (inclusief 2 x de CDI afnemen binnen 2 weken

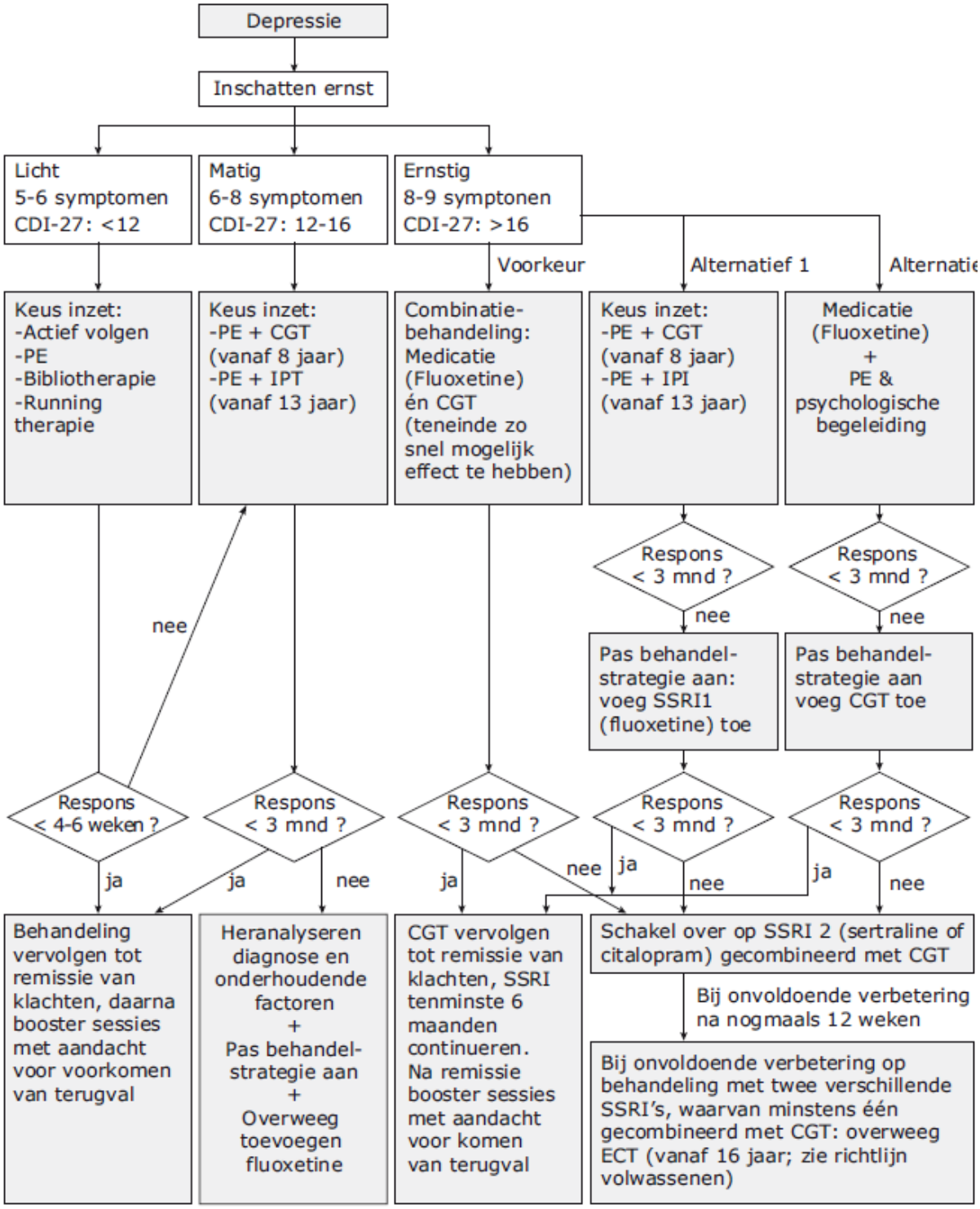
Ernstbepaling

	licht	matig	ernstig
Aantal symptomen volgens DSM-IV-TR			
5-6 symptomen			
6-8 symptomen			
8-9 symptomen			
Aard van de symptomen			
psychotische kenmerken en / of suïcidaliteit			
Zelfrapportage Children's Depression Inventory (CDI-27)			
score tot 12			
score 12-16			
score >16			
GAF-score: dagelijks functioneren			
65 en hoger			
45-65			
lager dan 45			
Aantal gebieden waarop stoornis duidelijk interfereert met de dagelijkse gang van zaken (school, vrienden, hobby's/activiteiten, thuis)			
1 gebied			
2 of 3 gebieden			
4 gebieden			
Conclusie (klinisch oordeel)			

Een depressieve stoornis is ernstiger, als deze met meer symptomen gepaard gaat, en/of met ernstiger symptomen gepaard gaat (suïcidaliteit, psychose), en/of langer duurt, en/of meer aantasting geeft van het algemeen functioneren en/of op meerdere domeinen. Het betreft een klinische afweging.

BESLISBOOM
RICHTLIJN DEPRESSIE BIJ JEUGD

1. Screening (CBCL, YSR, SDQ/S-PSY)
2. Diagnostiek (K-SADS, ADIS-C/P, 2x CDI): diagnose depressie> zie onder



Behandeling: Evaluatie Respons en Suïcidaliteit

• Vooral in het begin van een medicamenteuze behandeling dient frequente, wekelijkse evaluatie plaats te vinden van mogelijke suïcidale gedachten, intenties en handelingen.

• Voorlopig beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de CDI als zelfrapportage lijst:
  - bij eerste stap interventies: na 4–6 weken
  - bij psychotherapie en/of medicatie: na 3 maanden

• Bij het optreden van een klinische respons op fluoxetine wordt aangeraden gedurende tenminste 6 maanden de medicatie te continueren. Overwegen om CGT toe te voegen aan de fluoxetine om het risico op terugval te reduceren. De medicatie dient over een periode van 4–6 weken afgebouwd te worden.

• Bij non-respons op behandeling met fluoxetine gedurende 3 maanden dient overgegaan te worden op sertraline of citalopram, in combinatie met cognitieve gedragstherapie of inter-persoonlijke therapie.

• Als bij een matig ernstige of ernstige depressie gestart is met CGT of IPT, dient bij onvoldoende respons na 3 maanden medicatie (fluoxetine) te worden overwogen.

Overige behandelaanbevelingen

• Psychoeducatie: ouders in ieder geval psychoeducatie geven en op basis van het klinisch oordeel bij de verdere behandeling betrekken.

• Lichttherapie: aanbevolen bij kinderen en adolescenten met een seizoens-gebonden (winter) depressie.

• Omega-3 vetzuren: mogelijk alternatief bij kinderen met lichte tot matige depressie:
  • bij terughoudendheid ouders om te starten met psychologische interventies
  • als add-on bij psychologische interventies

• Venlaflaxine en mirtazepine: ontraden bij kinderen en adolescenten met een depressie.

• Sint-Janskruid: ontraden bij kinderen en adolescenten met een depressie

• ECT: overwegen bij een ernstige en hardnekkige depressie bij kinderen en adolescenten die:
  • levensbedreigend is
  • niet reageert op tenminste twee adequate trials met antidepressiva, waarbij tenminste één trial heeft bestaan uit een combinatiebehandeling met cognitieve gedragstherapie.

• Het voorschrijven van medicatie dient alleen te gebeuren na diagnostiek door iemand met specialistische kennis op dit terrein, doorgaans een kinderpsychiater.

• Bij het voorschrijven van medicatie bij kinderen en adolescenten met een depressie dient zorgvuldige informatie te worden gegeven over:
  • de reden voor medicatie
  • de tijd die het duurt voordat therapeutische effecten zichtbaar worden
  • mogelijk bijwerkingen, inclusief suïcidale gedachten en handelingen
  • het risico op terugval bij afbouwen van medicatie

3. Overzicht kernaanbevelingen richtlijn Depressie bij jeugd

1. Gebruik van CBCL/YSR of SDQ/S-PSY voor screening op psychopathologie
2. Toepassing van een semigestructureerd interview K-SADS of ADIS-C/P of 2x CDI afname binnen 2 weken voor het stellen van de diagnose Depressie
3. Toepassing en registreren van gestructureerde ernstbepaling
4. Bij lichte depressie kiezen voor een eerste stap interventie
5. Bij matige depressie kiezen voor het inzetten van IPT of CGT
6. Bij ernstige depressie CGT combineren met medicatie (fluoxetine)
7. Bij eerste stap interventies na 4-6 weken evaluatie van respons en indien nodig overstappen op een vervolgbehandeling
8. Bij psychotherapie en/of medicatie na 3 maanden evaluatie van respons en een andere interventie overwegen
9. In het begin van een medicamenteuze behandeling wekelijkse controle van suïcidale gedachten en handelingen

De richtlijn Depressie bij jeugd adviseert een aantal (semigestructureerde) vragenlijsten. In het onderstaande overzicht worden de bronnen van deze lijsten beschreven.

Overzicht vragenlijsten

Screening
1. CBCL: Child Behavior CheckList (4-18 jaar)
2. YSR: Youth Self Report (11-18 jaar)
3. SDQ: Strenghts and Difficulties Questionnaire (4-16 jaar)
4. S-PSY : Screeningsinstrument PSYchische stoornissen (12-18 jaar)

Diagnostiek (8-18 jaar)
5. K-SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children
6. ADIS-C/P: Anxiety Disorder Interview Schedule, Child and Parent version

Ernstbepaling (& Diagnostiek)
7. CDI: Child Depression Inventory (7-17 jaar)

Bronvermelding

1. CBCL
Beschikbaar via http://www.aseba.nl/

Achenbach TM. (1991) Manual for the child behavior checklist/4-18, YSR, and TRF profiles(University of
Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT)
Verhulst, F., Ende, J., van der, Koot, H. (1996). Handleiding voor de CBCL / 4- 18, Rotterdam: afdeling Kinder en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis /Academisch Ziekenhuis Rotterdam / Erasmus Universiteit Rotterdam

2. YSR
Beschikbaar via: http://www.aseba.nl/

Achenbach TM. (1991) Manual for the child behavior checklist/4-18, YSR, and TRF profiles(University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT)
Nederlandse versie (net zoals de CBCL) van het Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

3. SDQ
Beschikbaar via http://www.sdqinfo.com/

Treffers, Ph.D.A., & Widenfelt, B.M. van (2000). Sterke kanten en moeilijkheden. De Nederlandse versie van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

4. S-PSY
De SPSY is de SDQ met toegevoegde items gerelateerd aan eetstoornissen, alcohol- en drugsmisbruik, psychotische kenmerken en zelfdestructief gedrag (automutilatie en suïcidaal gedrag

Oort, M. van, H. van 't Land, C. de Ruiter (2006). Handleiding voor het gebruik van het screeningsinstrument psychische stoornissen (SPsy) binnen Bureau Jeugdzorg. Utrecht: Trimbos instituut.

5. K-SADS
Beschikbaar via: www.kenniscentrum-kjp.nl

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., e.a. (1997). Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (k-sads-pl): initial reliability and validity data. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 980-988.
Reichart, C.G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). Vertaling k-sads. Utrecht: H.C. Rümke Groep.

6. ADIS-C/P
Beschikbaar via: http://www.pearson-nl.com/adis-c-anxiety-disorders-interview-schedule

Silverman, W., & Albano, A. M. (1997). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
Siebelink, B.M., & Treffers, P.D.A. (2001). ADIS-C Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Dutch Version). Lisse: Swets & Zeitlinger BV.

7. CDI
Beschikbaar via: http://www.pearson-nl.com/catalogsearch/result/?q=CDI+vragenlijsten

Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
Timbremont B, Braet C (2002). Children's depression inventory: Nederlandstalige versie [children's depression inventory: Dutch version]. Swets & Zeitlinger, Lisse

3. Indicatoren bij kernaanbevelingen uit richtlijn Depressie bij jeugd

Het doel van deze indicatoren is het bepalen in hoeverre kernaanbevelingen uit de richtlijn *Depressie bij Jeugd* in de praktijk worden toegepast.

Toelichting indicatoren
Teller: geeft het aantal patienten aan binnen een groep dat een aanbevolen diagnostiek- en/of behandelonderdeel heeft gekregen
Noemer: geeft aan om *welke* groep het gaat en *hoe groot* deze groep is (bv. het aantal clienten met internaliserende problemen)
Score: door de teller te delen door de noemer wordt in *een percentage* weergegeven hoe vaak een aanbeveling in de praktijk voorkomt

Prestatie-indicatoren MDR Depressie bij jeugd	**Score in het team**
Thema A. Screening	
1. Gebruik van CBCL/YSR of SDQ/S-PSY voor screening op psychopathologie	Score in %
A. Teller: aantal cliënten *van 4 tot 18 jaar* waarbij gescreend is met de subschaal *intern van de CBCL* Noemer: aantal cliënten bij de voordeur van de ggz instelling(niet specialistisch jeugd team is ook voordeur).	
B. Teller: aantal cliënten *van 11 tot 18 jaar* waarbij gescreend is met *ALLEEN de subschaal intern van de YSR* Noemer: aantal cliënten bij de voordeur van de GGz instelling(niet specialistisch jeugd team zien we ook als voordeur).	
C. Teller: aantal cliënten waarbij gescreend is met de SDQ en/of S-PSY Noemer: aantal cliënten bij de voordeur van de GGz instelling(niet specialistisch jeugd team zien we ook als voordeur).	
Thema B. Diagnostiek	
2. Toepassing van een semigestructureerd interview (K-SADS + ADIS-C/P) voor het stellen van de diagnose Depressie	Score in %
A. Teller: aantal patiënten waarbij *een semigestructureerd interview* is toegepast (K-SADS / ADIS-C/P) (minimale versie = 2x CDI afnemen binnen 2 weken) Noemer: aantal patiënten met een *vermoeden op internaliserende problemen*(terug te vinden in dossier bij resultaten op bovenstaande lijsten of bij reden van aanmelding in de verwijsbrief of in EPD. Termen: somber, verdrietig, mat, schuldgevoel, vermoeid, angstig, huilen, lichamelijke klachten, verminderde eetlust, slaapproblemen).	
B. Teller: aantal patiënten waarbij *binnen 2 weken de CDI 2 x is afgenomen* (=minimale versie) Noemer: aantal patiënten met een *vermoeden op internaliserende problemen*(terug te vinden in dossier bij resultaten op	

Prestatie-indicatoren MDR Depressie bij jeugd	**Score in het team**
bovenstaande lijsten of bij reden van aanmelding in de verwijsbrief of in EPD. Termen: somber, verdrietig, mat, schuldgevoel, vermoeid, angstig, huilen, lichamelijke klachten, verminderde eetlust, slaapproblemen).	
Thema C. Ernstbepaling	
3. Toepassing en registreren van gestructureerde ernstbepaling	Score in %
A. Teller: aantal patiënten met een diagnose depressie, waarbij *in het dossier is terug te vinden* of gaat om lichte, matige of ernstige depressieve kenmerken (in *code DSM-diagnose* of elders) Noemer: aantal patiënten met een diagnose depressie of dysthymie (aanpassingsstoornissen bestaan niet meer). DSM-IV codes: depressie 296.20-296.36. Dysthymie 300.4	
B. Teller: aantal patiënten met een diagnose depressie, waarbij de ernst van de depressieve kenmerken is vastgesteld *volgens het TOTALE schema in de richtlijn* Noemer: aantal patiënten met een diagnose depressie of dysthymie (aanpassingsstoornissen bestaan niet meer). DSM-IV codes: depressie 296.20-296.36. Dysthymie 300.4	
C. Teller: aantal patiënten met een diagnose depressie, waarbij de ernst is vastgesteld mbv *aantal DSM-IV symptomen* Noemer: aantal patiënten met een diagnose depressie of dysthymie (aanpassingsstoornissen bestaan niet meer). DSM-IV codes: depressie 296.20-296.36. Dysthymie 300.4	
D. Teller: aantal patiënten met een diagnose depressie, waarbij de ernst is vastgesteld mbv *inschatting suïcidaliteit en / of psychotische kenmerken* Noemer: aantal patiënten met een diagnose depressie of dysthymie (aanpassingsstoornissen bestaan niet meer). DSM-IV codes: depressie 296.20-296.36. Dysthymie 300.4	
E. Teller: aantal patiënten met een diagnose depressie, waarbij de ernst is vastgesteld mbv *CDI/BDI score* Noemer: aantal patiënten met een diagnose depressie of dysthymie (aanpassingsstoornissen bestaan niet meer). DSM-IV codes: depressie 296.20-296.36. Dysthymie 300.4	
F. Teller: aantal patiënten met een diagnose depressie, waarbij de ernst is vastgesteld mbv *GAF score* Noemer: aantal patiënten met een diagnose depressie of dysthymie (aanpassingsstoornissen bestaan niet meer). DSM-IV codes: depressie 296.20-296.36. Dysthymie 300.4	
G. Teller: aantal patiënten met een diagnose depressie, waarbij de ernst is vastgesteld *mbv aantal interferentie gebieden* Noemer: aantal patiënten met een diagnose depressie of dysthymie (aanpassingsstoornissen bestaan niet meer). DSM-IV codes: depressie 296.20-296.36. Dysthymie 300.4	
Thema D. Stepped care behandelen	
4. Bij lichte depressie kiezen voor een eerste stap interventie	Score in %
A. Teller: aantal patiënten dat een *eerste stap interventie* (uit de richtlijn) krijgt	

Prestatie-indicatoren MDR Depressie bij jeugd	**Score in het team**
Noemer: aantal patiënten met een (lichte) depressie	
B. Teller: aantal patiënten dat *psychotherapie* krijgt (CGT, of IPT) Noemer: aantal patiënten met een (lichte) depressie	
C. Teller: aantal patiënten dat een *overige behandeling* krijgt (+beschrijven welke behandeling dat dan is) Noemer: aantal patiënten met een (lichte) depressie	
5. Bij matige depressie kiezen voor het inzetten van IPT of CGT	Score in %
A. Teller: aantal patiënten dat *psychotherapie* krijgt (CGT, of IPT) Noemer: aantal patiënten met een (matige) depressie	
B. Teller: aantal patiënten dat een *eerste stap interventie* (uit de richtlijn) Noemer: aantal patiënten met een matige depressie	
C. Teller: aantal patiënten dat *medicatie* krijgt Noemer: aantal patiënten met een matige depressie	
D. Teller: aantal patiënten dat *een overige behandeling* krijgt (welke) Noemer: aantal patiënten met een matige depressie	
6. Bij ernstige depressie CGT combineren met medicatie (fluoxetine)	Score in %
A. Teller: aantal patiënten dat *fluoxetine* krijgt (= 1^{e} keus; dan goed uitleggen met informatie uit de richtlijn; dat 3 andere middelen bewezen niet beter dan placebo) Noemer: aantal patiënten met een (ernstige) depressie	
B. Teller: aantal patiënten dat *psychotherapie* krijgt (CGT, of IPT) Noemer: aantal patiënten met een ernstige depressie	
C. Teller: aantal patiënten dat een *overige behandeling* krijgt (+beschrijven welke behandeling dat dan is) Noemer: aantal patiënten met een ernstige depressie	
Thema E. Tussentijdse evaluatie	
7. Bij 1e stap interventies na 4-6 weken evaluatie van respons + indien nodig overstappen op vervolgbehandeling	Score in %
A. Teller: aantal patiënten waarbij na 4-6 weken *met de CDI* wordt gemeten of er voldoende respons is Noemer: aantal patiënten met een eerste stap interventie	
B. Teller: aantal patiënten waarbij na 4-6 weken *in evaluatie behandelplan* wordt besproken of er voldoende respons is Noemer: aantal patiënten met een eerste stap interventie	

Prestatie-indicatoren MDR Depressie bij jeugd	**Score in het team**
C. Teller: aantal patiënten waarbij bij onvoldoende respons *wordt overgestapt op een andere behandeling* (onvoldoende respons: score op de CDI blijft >16 en/of RCI: [1] <1.96). Noemer: aantal patiënten met een ernstmeting met onvoldoende respons	
8. Bij psychotherapie en/of medicatie na 3 maanden evaluatie van respons + andere interventie overwegen	Score in %
A. Teller: aantal patiënten waarbij na 3 maanden *met de CDI* wordt gemeten of er voldoende respons is Noemer: aantal patiënten met psychotherapie en/of medicatie	
B. Teller: aantal patiënten waarbij na 3 maanden *in evaluatie behandelplan* wordt besproken of er voldoende respons is Noemer: aantal patiënten met psychotherapie en/of medicatie	
C. Teller: aantal patiënten waarbij bij onvoldoende respons *wordt overgestapt op een andere behandeling* (onvoldoende respons: score op de CDI blijft >16 en/of RCI: [2] <1.96). Noemer: aantal patiënten met een ernstmeting met onvoldoende respons	
9. In het begin van medicamenteuze behandeling wekelijkse controle van suïcidale gedachten en handelingen	Score in %
Teller: aantal patiënten waarbij *in de eerste zes weken vijf contacten* zijn geweest waarin een vorm van evaluatie van suïcide risico heeft plaatsgevonden. Noemer: aantal patiënten dat antidepressiva krijgt	
Teller: aantal patiënten waarbij *op enig moment na diagnostiek* evaluatie van suïcide risico heeft plaatsgevonden. Noemer: aantal patiënten dat antidepressiva krijgt	

[1] *RCI score wordt verkregen door: verschilscore CDI (pre-post) delen door de standaarddeviatie van de test, met een RCI >1.96 voor een positieve verandering.*

[2] *RCI score wordt verkregen door: verschilscore CDI (pre-post) delen door de standaarddeviatie van de test, met een RCI >1.96 voor een positieve verandering.*

4. Planmatig model voor implementatie

De opzet van de implementatiestudie 'Goed en veilig behandelen van depressie bij kinderen' is onder meer gebaseerd op het planmatig model van implementeren van Grol en Wensing[3]. In dit model beschrijven zij de volgende stappen als van belang in een systematische aanpak van implementatie:

1. Ontwikkelen van een voorstel voor verandering (huidig project: ontwikkeling van richtlijn addendum Depressie bij jeugd);
2. In kaart brengen van feitelijke zorg en problemen daarin. Hiervoor heeft men o.a. indicatoren nodig waarmee men de gewenste wijze van werken op een valide manier kan meten (huidig project: ontwikkeling van indicatoren en nulmeting);
3. Diagnostische analyse van doelgroep en setting (huidig project: diagnostische analyse).

Een dergelijke analyse kan betrekking hebben op:

- de achtergronden van de implementatie: wie wil welke verandering om welke redenen;
- segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van verandering bevinden deze zich;
- de belemmerende factoren mbt betrekking tot de verandering

4. Ontwikkelen en selectie van strategieën om verandering in te voeren (huidig project: a. ontwikkelen van strategieën -
scholing adhv casussen en ontwikkeling van hulpmiddelen; b. selectie van strategieën – opstellen lokale implementatieplannen);
5. Ontwikkelen, testen en uitvoeren van een implementatieplan met activiteiten, taken en tijdspad: beginnen op kleine schaal met een beperkte groep gemotiveerde personen. Het implementatieplan en de diverse interventies worden getest op hun geschiktheid en haalbaarheid (huidig project: proefimplementatie).
6. Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan (huidig project: nameting en procesevaluatie).

[3] Grol R, Wensing M. (2006). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg

5. Format implementatieplan

Een implementatieplan is wenselijk bij de uitvoering van de implementatie van de kernaanbevelingen uit de richtlijn. Onderstaand format kan hiervoor gebruikt worden.

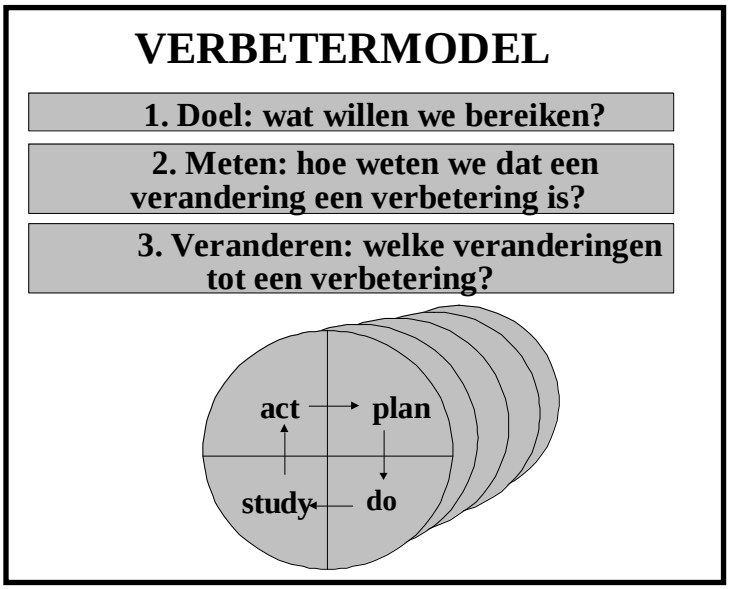
Format

Implementatieplan

(werk- en meetplan)

Implementatiestudie Depressie bij Jeugd

Het werk- en meetplan is een groeidocument, dat in de loop van het implementatietraject kan worden bijgehouden.



Naam team / verbetertraject:
Laatst bijgewerkt op:

Inleiding Format Implementatieplan

In het implementatieplan (ook wel *werk- en meetplan* genoemd) formuleert het team / de projectleider per doel de afspraken over de manier waarop acties plaatsvinden om de doelen te behalen en de veranderingen te borgen. Daarnaast beschrijft het team / de projectleider hoe gegevens worden verzameld, verwerkt en geanalyseerd. Het werk- en meetplan is een groeidocument dat gedurende het implementatietraject kan worden bijgehouden.

Voordat een plan ontworpen kan worden is het aan te bevelen de huidige stand van zaken te inventariseren en deze te analyseren om te bepalen wat uiteindelijk de gewenste situatie is. Met andere woorden het is nodig te weten wat men uiteindelijk bereiken wil, wat er al aanwezig is en wat nog niet, en wat er nodig is om de gewenste situatie te realiseren. Een belangrijk onderdeel in dit proces is het maken van een diagnose van bevorderende en belemmerende factoren (Kok & Wagner, 2005)[4].

Hierbij kan men denken aan factoren met betrekking tot:
de individuele hulpverlener (opvattingen, kennis, persoonskenmerken, etc)
de omgeving (cliënten, sociale wetgeving, politieke omgeving, etc)
de organisatie (omvang, complexiteit, financiering, logistieke ondersteuning, etc)
de verandering zelf (tijdsinvestering, praktische bruikbaarheid, etc)

[4] Kok I, Wagner C. (2005). Het meten van uitkomsten in de GGZ. Utrecht: NIVEL en Trimbos-instituut

Diagnostische analyse

Context
Hieronder volgt een beschrijving van de context, zowel van het team in de organisatie/regio als van de belangrijkste actoren om het team heen en de te verwachten belemmerende en bevorderende factoren die het slagen van de implementatie kunnen beïnvloeden en waar binnen het implementatietraject op geanticipeerd moet worden.
Samenstelling team en plek in de organisatie/regio
De belangrijkste actoren rond het implementatietraject
Argumentatie voor de keuze van geselecteerde doelen
Belemmerende factoren waarop binnen de implementatie geanticipeerd moet worden
Bevorderende factoren waarop binnen de implementatie geanticipeerd kan worden

Doelen

SMART Doelen	
Hieronder staan de (SMART) ambities/doelen waaraan binnen het implementatietraject wordt gewerkt.	
Doel 1	
Doel 2	
Doel 3	

Indicatoren

Uitkomst- en Proces- Indicatoren	
Hieronder staan de indicatoren waarmee de voortgang in het implementatietraject kan worden gemeten. Er worden onderscheid gemaakt tussen uitkomstindicatoren, welke uitkomsten op patiëntniveau meten en procesindicatoren, welke voortgang op verandering van processen meten.	
Uitkomstindicator 1	
Uitkomstindicator 2	
Procesindicator 1	
Procesindicator 2	
Procesindicator 3	

Meten en Feedback geven

Gegevensverzameling Uitkomst Indicatoren				
Hieronder staan de afspraken over de manier waarop gegevens verzameld worden voor de uitkomstindicatoren en welke acties hieruit voortvloeien.				
Gegevens	**Wie legt vast**	**Hoe**	**Wanneer**	**Waarmee**

Gegevensverzameling Proces Indicatoren				
Hieronder staan de afspraken over de manier waarop gegevens verzameld worden voor het monitoren van de procesindicatoren en welke acties hieruit voortvloeien.				
Gegevens	**Wie legt vast**	**Hoe**	**Wanneer**	**Waarmee**

Verwerking van gegevens en Feedback				
Hier formuleert het team zo concreet mogelijk hoe de gegevens verwerkt en geanalyseerd worden en welke acties hieruit voortvloeien. Denk aan: Wie verwerkt de verzamelde gegevens in bijvoorbeeld Excel/SPSS? Wanneer en door wie worden overzichten gemaakt? Hoe wordt feedback gegeven binnen het team?				
Nr	**Actie**	**Wie**	**Wanneer**	**√**

Verbeter Interventies en Veranderingen

Acties en afspraken over:
Interventies en veranderingen

Hier wordt voor elk doel de gewenste veranderingen uitgewerkt in verbeterinterventies en acties. Deze interventies zijn afgestemd op de belemmerende en bevorderende factoren welke uit de diagnostische analyse naar voren zijn gekomen. Met andere woorden: hier komt staan wat er nodig is om het betreffende doel te realiseren, wie dat doet en wanneer.

Denk bijvoorbeeld aan:
protocol psycho-educatie maken;
psycho-educatie toepassen volgens protocol;
folder maken voor verwijzers;
informatiebrief maken voor cliënten;
training volgen, etc.

Doel nr	Actie	Wie	Wanneer	√

Communiceren en motiveren

Acties en afspraken over: communicatie over aanpak en resultaten				
Gedurende het project worden acties ondernomen om mensen binnen en buiten de organisatie bij het implementatietraject te betrekken. Er wordt met verschillende betrokkenen gesproken over de aanpak van het traject en er wordt informatie gegeven over de voortgang en (tussen)resultaten van het traject. Denk bijvoorbeeld aan: • Met wie moet er gecommuniceerd worden over de aanpak van het traject; • Met wie moet er gecommuniceerd worden over de randvoorwaarden; • Met wie moet er gecommuniceerd worden over tussenresultaten (bv. Managers verzekeraars of andere teams, collega's die later de nieuwe werkwijze moeten gaan toepassen); • Hoe gaat deze communicatie plaatsvinden, wanneer en door wie.				
Doel	**Actie**	**Wie**	**Wanneer**	**√**

Verspreiding en borging

Acties en afspraken over: borging en verspreiding				
Gedurende het traject formuleert het team ideeën/adviezen over de manier waarop gerealiseerde positieve veranderingen in de organisatie en in de regio verspreid en verankerd kunnen worden. Hieruit kunnen al tijdens het implementatie traject acties voortvloeien. Denk bijvoorbeeld aan: • Overleg management en andere teams over het verspreiden van de nieuwe werkwijze; • Opnemen van de nieuwe werkwijze: - in het jaarplan van de organisatie - in de afspraken met verzekeraars; - in ICT toepassingen (EPD, ROM); - in structureel overleg / rapportage; - in beoordelingssysteem medewerkers, etc				
Nieuwe werkwijze	**Actie**	**Wie**	**Wanneer**	**√**

6. Registratieformulier aanbevelingen

Het registratieformulier kan gebruikt worden bij iedere cliënt als monitoringsinstrument, om na te gaan in welke mate de richtlijnaanbevelingen opgevolgd worden. De formulieren kunnen tijdens de behandelplanbespreking gebruikt worden en teams kunnen bijvoorbeeld eens in de 3 maanden of 6 maanden het totaal van alle formulieren bespreken en op basis daarvan het implementatieplan eventueel bijstellen.

Cliëntgegevens

Cliëntnummer	
Naam	
Geboortedatum	
Diagnose(s) cliënt	

A. Screening

Is er een screeningslijst afgenomen bij uw cliënt en wanneer? JA/NEE*

Type	*Datum*
CBCL	
YSR	
SDQ	
S-PSY	
Anders:	

B. Diagnostiek

Is er een semigestructureerd interview/vragenlijst afgenomen bij uw cliënt en wanneer? JA/NEE*

Type	*Datum*
K-SADS	
ADIS	
DSM-symptomen met 2x CDI in 2 weken	1: 2:
Anders:	

C. Ernstbepaling

Is er een ernstbepaling uitgevoerd voor de start van de behandeling? JA/NEE*

Zo ja, wanneer is dit gedaan en wat was de uitkomst?

Uitkomst	*Datum*
Licht - Matig - Ernstig*	

Ernstbepaling gebaseerd op	*Uitslag*
Aantal DSM-IV symptomen	
Sprake van:	suïcidaliteit / psychotische kenmerken*
CDI - score	
GAF - score	
Aantal interferentie gebieden	

* *Streep door wat niet van toepassing is*

D. Start Stepped care behandeling
Welke interventie is er ingezet bij de start van de behandeling en wat was de startdatum?
Dit mogen meerdere typen behandeling zijn, denk aan:

- 1e stap interventies (Actief volgen, Biblio- of Runningtherapie, Psychoeducatie, etc)
- Psychotherapie (CGT, IPT, etc)
- Medicatie (geef aan welk type: fluoxetine, etc)

Interventie	*Datum*

E. Evaluatie Suïciderisico bij start medicatie
Registreer hieronder bij het instellen op (een nieuw type) medicatie op welke data er geëvalueerd is of er sprake is van suïcidale gedachten en handelingen (tijdens eerste 6 weken na start medicatie).

Datum 1	*Datum 2*	*Datum 3*	*Datum 4*	*Datum 5*

F. Evaluatie Respons
Geef aan op welke data er een evaluatie van respons heeft plaatsgevonden.
Op welke gegevens is deze evaluatie gebaseerd en wat was de uitkomst?

1e Evaluatie Respons	*Uitslag*	*Datum*
Aantal DSM-IV symptomen		
CDI - score		
Anders:		
Uitkomst	Licht - Matig - Ernstig**	
Behandeling aangepast?		

*2e Evaluatie Respons**	*Uitslag*	*Datum*
Aantal DSM-IV symptomen		
CDI - score		
Anders:		
Uitkomst	Licht - Matig - Ernstig**	
Behandeling aangepast?		

* *Bij eventuele meerdere evaluatiemomenten kan deze tabel worden gekopieerd*
** *Streep door wat niet van toepassing is*

7. Resultaten en ervaringen proefimplementatie richtlijn Depressie bij jeugd

Onderstaand volgt voor alle kernaanbevelingen uit de richtlijn Depressie bij jeugd een beschrijving van de resultaten van de proefimplementatie en de ervaringen van de teams die deelnamen aan de implementatiestudie 'Goed en veilig behandelen van depressie bij kinderen'. Dit overzicht is bedoeld als input voor het schrijven van een implementatieplan, om startende teams inzicht te geven in: a) welke resultaten men na een jaar implementatie van aanbevelingen kan verwachten; en b) hoe de teams het toepassen van deze aanbevelingen binnen de proefimplementatie hebben ervaren.

Aanbeveling 1 Gebruik van CBCL/YSR of SDQ/S-PSY voor screening op psychopathologie

Resultaten: De voormeting laat zien dat van de voordeurgroep 55% van de patiënten gescreend is met een screeningsinstrument, bij de nameting was dit toegenomen naar 72%. Soortgelijke verbeteringen werden bij de deppressie groep gevonden, 43% van de patiënten werd gescreend met een instrument bij de voormeting en 81% bij de nameting.

Ervaringen: De teams gaven aan dat zij de invoering van de screening niet complex vonden doordat screeners in de ROM opgenomen waren en patiënten voor de intake gevraagd werden de lijst in te vullen. Een knelpunt bleek dat patiënten thuis niet altijd de vragenlijst invulden waardoor de screener niet afgenomen werd. Verder gaven teams die niet aan de voordeur werkten maar in zogenaamde stemmingsstoornisteams waar patiënten kwamen die al gediagnosticeerd waren, dat de screener geen zin had omdat patiënten al waren gediagnosticeerd. De screener lijkt vooral geschikt om af te nemen aan de voordeur.

Aanbeveling 2 Toepassing van een semigestructureerd interview K-SADS of ADIS-C/P of 2x CDI afname binnen 2 weken voor het stellen van de diagnose Depressie

Toepassing van een semigestructureerd interview K-SADS of ADIS-C/P of 2x CDI afname binnen 2 weken voor het stellen van de diagnose Depressie

Resultaten: De K-SADS is door geen enkel team geimplementeerd. Tijdens de voormeting werd de CDI (0%) en de de ADIS (1%) bijna niet toegepast voor diagnostiek. Bij de nameting is dit gemmideld gezien verbeterd, bij 21% is 2 maal de CDI afgenomen bij de depressieve patienten en bij 17% de ADIS.

Ervaringen: Alle teams gaven aan dat zij de invoering van de ADIS complex vonden. Zij vonden dat de afname van de ADIS veel tijd kostte. Daarentegen vonden zij het interview volledig, leverde het veel informatie op over de patiënt en werden geen diagnoses gemist. Tegelijkertijd vonden teams dat de ADIS veel diagnoses opleverde en dat ze niet wisten wat ze met al die diagnoses moesten. Terwijl uitgelegd was dat de ADIS juist bedoeld is om te diagnosticeren en patiënten met een depressie op tijd te herkennen. Sommige teamleden vonden de afname van het interview een beperkte meerwaarde hebben ten opzichte van de standaard uitgevoerde intake. Zij gaven aan de ADIS liever op indicatie (bij onduidelijkheden in diagnose) af te nemen of enkele

relevante onderdelen van de ADIS. De standaardvragen werden als indringend ervaren door behandelaren en tijdens de afname ervoeren sommige professionals te weinig ruimte voor de emotie van de patiënt. Voor de zogenaamde stemmingstoornissen teams, waar de cliënt binnenkomt als de diagnose al gesteld is, werd afname van de ADIS niet als zinvol ervaren.

Aanbeveling 3 Toepassing en registreren van gestructureerde ernstbepaling

Resultaten: Het bepalen van ernst lijkt afgenomen te zijn tijdens de implementatiestudie. Dit heeft mogelijk met de wijze van data verzameling te maken. Bij de voormeting is er in dossiers gezocht of er ergens een opmerking is gemaakt over de ernst van de depressie, bij de nameting moesten verschillende elementen uit het ernstschema voor ernstbepaling letterlijk op het registratieformulier worden ingevuld.

Evaringen: De meeste teams gaven aan dat de criteria voor ernstbepaling vrij gemakkelijk in te voeren waren, omdat zij de criteria voor ernstbepaling kenden en daardoor eenvoudig bij de intake uit te vragen. Echter uit de nameting bleek dat de helft van de teams een verbetering wist te behalen in ernstbepaling. Teams gaven eveneens aan dat de afname van de eerste CDI eenvoudig in te voeren was, overeenkomstig de resultaten uit de nameting. Sommige teams besloten in het multidisciplinair overleg de ernstbepaling te bespreken voor de behandelindicatie waardoor de invoering gestimuleerd werd. Eveneens werkte het invullen van de registratieformulieren stimulerend om de ernstbepaling uit te vragen. Het advies om hiervoor ICT in te zetten werd niet opgevolgd. Teams gaven aan dat ICT aanpassingen langdurende processen zijn binnen de organisatie.

Aanbeveling 4 Tussentijdse evaluatie

Resultaten: A. *Evaluatie van response bij een 1^{e} stap interventies na 4-6 weken* : Bij de voormeting waren er 4 teams die nul patienten met een 1e stap interventie hadden, dit maakt een vergelijking met de nameting niet mogelijk voor deze teams De andere twee teams zijn minder goed gaan evalueren, alhoewel hier het aantal patienten ook erg laag ligt. Wel blijkt er dat twee teams gebruik zijn gaan maken van de CDI tijdens de evaluaties (bij 33% en 42% van de patienten).

B. Evaluatie van response bij psychotherapie en/of medicatie na 3 maanden evaluatie van respons: Gemiddeld gezien is het percentage evaluaties gelijk gebleven, 30%. Wel is er meer gebruik gemaakt van de CDI tijdens de evaluaties, in de helft van de evaluaties. Er zijn daarentegen maar 2 teams die het percentage evaluaties heeft verbeterd, de anderen zijn verslechterd.

Ervaringen: Teams gaven het lastig te vinden de tussentijdsevaluatie in te voeren. De regulier geplande evaluaties liepen vaak niet samen met de richtlijn aanbevolen evaluatiemomenten, waardoor de evaluatie vaak veel later werd uitgevoerd. De tussentijdsevaluaties werden alleen uitgevoerd als deze gekoppeld waren aan het multidisciplinaire overleg of wanneer de behandelaren zichzelf bewust waren de evaluatie conform de richtlijn in de agenda in te plannen of door het secretariaat in te laten plannen.

Aanbeveling 5 Stepped care behandelen

Resultaten: A. *Bij een lichte depressie kiezen voor een eerste stap interventie:* Gemiddeld gezien zijn de teams meer eerste stap interventies in gaan zetten in, van 21% naar 33%. De helft van de teams hebben verbetering aangetoond, 2 teams hadden geen patienten met een lichte depressie tijdens de nameting en 1 team is verslechterd.

B. Bij een matige depressie kiezen voor het inzetten van IPT of CGT: De inzet van IPT of CGT is gemiddeled gezien sterk toegenomen van 33% naar 66%. 5 teams hebben hun score beduidend verbeterd en 1 teams scoorde al hoog op dit vlak in de voormeting en hun score is ongeveer gelijk gebleven. Verder is er door alle teams minder medicatie ingezet bij deze groep patienten, van 19% (0%-50%) naar 7% (0%-33%).

C. Bij een ernstige depressie CGT combineren met medicatie (fluoxetine): Deze indicator laat een zeer diffuus beeld zien. Gemmideld gezien is het aantal behandeling die niet effectief zouden zijn afgenomen van 25% naar 14% en het percentage wat psychotherapie kreeg is toegenomen (van 34% naar 59%). Maar de voorgeschreven medicatie is afgenomen (van 45% naar 22%) en wanneer dit is gedaan dan is er ook een afname in het juiste type medicatie (van 33% naar 16%).

D. Bij onvoldoende respons overstappen naar een andere interventie: Bij de voormeting waren er 4 teams met nul patienten waarbij de behandeling zou moeten worden aangepast, dit maakt een vergelijking met de nameting niet mogelijk voor deze teams. Bij de nameting was deze groep per team klein. Opvallend is dat bij een groot gedeelte van de patienten waar de behandeling wel zou moeten worden aangepast (N=26) dit niet gebeurd (N= 18). Het aantal patiënten (N) bij deze indicator is bijzonder laag te noemen. Dit komt omdat van de totale groep depressie patiënten een gedeelte geen richtlijnconforme interventie heeft gehad, er vervolgens een splitsing komt in 2 groepen (1e stap interventie en de psychotherapie/medicatie). Ook moet er bij de evaluatie een ernstmeting zijn gemaakt die lager ligt of gelijk aan de eerst meting is.

Evaringen: Een eerste behandeling aanbieden op basis van de ernst van de depressie hangt nauw samen met de ernstbepaling. Doordat de teams vaker de ernst hebben bepaald is het hen gelukt de eerste behandeling beter af te stemmen op de ernst van de depressie. Vooral het voorhanden hebben van een behandeling zoals IPT, en competent zijn deze uit te voeren werkt bevorderend. Het overstappen op een andere interventie bij onvoldoende respons in de tussentijdse evaluatie werd door veel teams als lastig ervaren. Het al dan niet kunnen toepassen van deze aanbeveling is afhankelijk van twee andere aanbevelingen: het uitvoeren van een ernstbepaling en het uitvoeren van een tussentijdse evaluatie van behandelrespons. Alleen wanneer deze aanbevelingen zijn toegepast kan de behandeling eventueel aangepast worden conform stepped care.

Aanbeveling 6 Controle suicidale gedachten

Resultaten: Gemiddeld gezien is het percentage wekelijkse suïcide controles, in de eerste 6 weken na het starten van een medicamenteuze behandeling, toegenomen, van 2% naar 25%.

Ervaringen: De meeste teams gaven aan dat het inschatten van het suïciderisico makkelijk in te voeren was. uit de nameting blijkt echter dat er ruimte is voor

verbetering, immers van wekelijkse evaluatie is nog nauwelijks sprake. In enkele teams zijn workshops gehouden over het bespreken van suïcide en suïcidepreventie en deze teams gaven aan dit het inschatten van het risico bevorderde. Sommige behandelaren gaven aan minder taboe te ervaren om naar suicidegedachten en -plannen te vragen. De invoering werd eveneens gestimuleerd wanneer afspraken gemaakt konden worden welke behandelaar binnen het team de controle ging uitvoeren nadat de behandeling was gestart.

8. Beïnvloedende factoren implementatie

Om tot advies voor landelijke implementatie van de richtlijn Depressie bij jeugd te komen zijn beïnvloedende factoren bij de invoering van de richtlijnaanbevelingen in kaart gebracht. De beïnvloedende factoren zijn gerelateerd aan de behandelaar, het team, de organisatie en het implementatieproces.

Beïnvloedende factoren gerelateerd aan de behandelaar

Alle teams gaven aan dat er verschillen bestaan tussen behandelaren in de mate waarin zij een richtlijnaanbeveling geïmplementeerd hebben. Teams gaven de volgende beïnvloedende factoren aan.

Motivatie om te werken volgens de richtlijn

Behandelaren die vooraf een hoge motivatie hadden om volgens de richtlijn te gaan werken, deden dit ook in sterkere mate. Behandelaren die niet zelf kozen om volgens de aanbevelingen te werken leken er meer moeite mee te hebben. Behandelaren die weerstand hadden tegen gestructureerd werken of het idee hadden dat de richtlijn een keurslijf is waarvan ze niet mogen afwijken, hadden meer moeite met de richtlijnaanbevelingen. Als de aanbeveling aansloot bij de interesse van de hulpverlener was deze eerder geneigd de aanbeveling toe te passen (bijvoorbeeld interesse in IPT).

Bewustzijn bij behandelaren

Teamleden die zich bewust waren van de richtlijnaanbevelingen leken deze eerder op te volgen. Behandelaren die zelf methodes vonden om zichzelf te herinneren aan de richtlijn waren eerder geneigd de aanbevelingen toe te passen. Zoals evaluaties zelf inplannen in de agenda; bij ieder sessieverslag een nummer zetten zodat zichtbaar was dat na 6 keer geëvalueerd moest worden of in het sessieverslag opnemen 'denk aan de CDI'; na de intake het secretariaat een evaluatie afspraak na drie maanden laten inplannen, die terugkomt in de eigen agenda. Uitwisselen van deze tips leek bevorderend.

Visie van behandelaren

Of de visie van de behandelaren aansloot bij de aanbevelingen had invloed op de toepassing van de aanbevelingen. Enkele visies die leiden tot het niet opvolgen van de richtlijnaanbevelingen waren: de aanbevelingen bestaan voornamelijk uit vragenlijsten waardoor er geen gesprek mogelijk is; de indicatie voor behandeling behalve op basis van de depressiekenmerken vaak ook op andere factoren, zoals de rol van het gezin of van andersoortige problematiek (bijvoorbeeld in de persoonlijkheid) baseren; niet geloven in een medicamenteuze behandeling als de CDI een ernstige depressie aangeeft en afwijkt van het klinische oordeel; en als behandelaren bepaalde nadelen zien aan aanbevelingen, zoals het indringend of juist kinderachtig vinden van vragenlijsten, zijn ze minder snel geneigd deze toe te passen. De visie volgens richtlijnen willen werken leek bevorderend voor het opvolgen van de aanbevelingen.

Toegevoegde waarde van richtlijnaanbevelingen

Wanneer de behandelaren de voordelen inzagen van de aanbeveling waren zij eerder geneigd deze toe te passen. De meeste behandelaren zagen voordelen in het objectiveren van de klinische inschatting (respons evaluatie), het bieden van handvatten bij de behandeling (inschatting suïcide risico) en het verduidelijken van keuzes in het behandelproces (ernstbepaling). Over de meerwaarde van vragenlijsten en het diagnostisch interview bestonden verschillende meningen. Sommige behandelaren zagen een meerwaarde in de behandelevaluatie met behulp van een vragenlijst, terwijl anderen hun klinische blik voldoende vonden. Over de CDI merkte een team op dat 2x scoren niet als meerwaarde ervaren werd. Zij gaven aan dat de tweede score meestal nauwelijks afweek van de eerste score en dat de CDI al gauw "ernstig" scoorde.
Teams vonden dat de afname van de K-SADS of ADIS veel tijd koste. Daarentegen vonden zij het interview volledig, leverde dit veel informatie op over de cliënt en werden geen diagnoses gemist. De ADIS leverde veel diagnoses op en dat riep de vraag op wat je daar als behandelaar mee moet, immers je kunt maar één probleem behandelen. Sommige teamleden vonden het interview een beperkte meerwaarde hebben ten opzichte van de standaard uitgevoerde intake. Zij namen de ADIS liever op indicatie af (bij onduidelijkheden in diagnose) of enkele relevante onderdelen van de ADIS. De standaardvragen werden als indringend ervaren door behandelaren en soms door cliënten en tijdens de afname ervoeren zij weinig ruimte voor de emotie van de cliënt.

Wanneer behandelaren het idee hadden dat zij zonder de ondersteuning van vragenlijsten hun werk goed kunnen doen, waren zij minder snel geneigd de aanbevelingen toe te passen. Behandelaren met veel ervaring leken bijvoorbeeld minder geneigd om een standaard diagnostisch interview in te zetten, zij namen het interview niet af of maakten zelf een keuze in welke onderdelen zij afnemen.

Rekening houden met patiëntfactoren

Teams gaven aan dat het werken met kinderen en jongeren complex is vanwege de ouders die betrokken zijn, de invloed van de context op het kind, het snel kunnen wisselen van toestandsbeeld; de vaak aanwezige comorbiditeit (ADHD, trauma, angst, persoonlijkheidsproblematiek) waardoor depressie specifieke aanbevelingen niet opgevolgd werden en bijvoorbeeld gekozen werd voor de behandeling van een andere stoornis of systeemtherapie.
Eveneens werd aangegeven dat kinderen soms moeite hadden met het invullen van de vragenlijsten waardoor ervoor gekozen werd deze niet af te nemen.
Wanneer de organisatie de screeningsvragenlijst door de patiënt zelf thuis laat invullen voor de intake kwam het voor dat de vragenlijst van te voren niet ingevuld was.
Ervaringen van patiënten speelden een rol bij de motivatie van behandelaren om de richtlijn uit te voeren. Sommige behandelaren gaven bijvoorbeeld aan dat cliënten uitgebreide diagnostiek met de ADIS als onderdeel prettig vonden, terwijl andere behandelaren aangeven dat de vragen van de ADIS als indringend of te standaard ervaren werden. Cliënten leken geen moeite te hebben met het uitvragen van suïciderisico.

Beïnvloedende factoren gerelateerd aan het team

Elkaar aanspreken

Elkaar wijzen op de aanbevelingen in de richtlijn en bespreken hoe deze worden toegepast was een bevorderende factor voor de toepassing van de richtlijnaanbevelingen. Wanneer behandelaren elkaar niet aanspraken leek de nieuwe werkwijze weer snel naar de achtergrond te verdwijnen. Sommige teams gaven aan dat de stappen van de richtlijn ook besproken werden bij goed lopende behandelingen, anderen bespraken alleen behandelingen die vastliepen. De vrijheid die de behandelaren voelden om de ander aan te spreken op het toepassen van de richtlijn bepaalde in belangrijke mate of dit gebeurde. Als er een aantal mensen in een team waren die volgens de richtlijn werkten en daar tevreden over waren, had dit een gunstig effect op de andere teamleden.

Afstemmen

Het afstemmen van taken en verantwoordelijkheden had een gunstige invloed op het toepassen van de richtlijnaanbevelingen. Dit was extra belangrijk wanneer er meerdere behandelaren betrokken waren bij de behandeling. Bijvoorbeeld als de psychiater te weinig tijd had om een kind elke week te zien, werd deze taak overgenomen door een andere behandelaar in overleg met de psychiater. Als er niet goed was afgestemd, verloor men het zicht op de naleving van de betreffende richtlijnaanbeveling door een collega, of wist een behandelaar niet welke taken hij wel en niet moest uitvoeren. De beschikbaarheid van collega's voor ad hoc wandelgang overleg zorgde ervoor dat er sneller beslissingen konden worden genomen bij de diagnostiek of behandeling.

Teamsamenstelling

De samenstelling van het team had invloed op het aanbod van richtlijn aanbevolen behandelingen. Bijvoorbeeld als er meer cognitief gedragstherapeutisch geschoolde behandelaren in het team zaten, boden deze vaker cognitieve gedragstherapie aan.

Beïnvloedende factoren gerelateerd aan de organisatie

Verschillende kenmerken van de organisatie speelden een rol bij de implementatie van de richtlijnaanbevelingen. De belangrijkste hiervan waren lopende ontwikkelingen binnen de organisatie (m.n. zorgprogrammering), regulier patiëntenoverleg, de investering die is gedaan om de richtlijn in te voeren, procedures die niet aansloten en problemen met de personele bezetting.

Zorgprogrammering

De teams die bezig waren met zorgprogrammering of die werkten in specialistische (depressie) teams gaven aan dat dit bevorderend was voor de implementatie van de richtlijn.
Ook de aansluiting bij andere lopende ontwikkelingen zoals of de implementatie van Routine Outcome Monitoring, aandacht voor suïcides binnen de organisatie of een

onderzoek naar IPT leken bij te dragen aan de implementatie van de richtlijnaanbevelingen. Anderzijds leek een veelheid aan ontwikkelingen binnen de organisatie de toepassing van de aanbevelingen te beperken, omdat behandelaren hun aandacht dan moesten verdelen over verschillende projecten.

Regulier patiëntenoverleg

Een regulier patiëntenoverleg (het multidisciplinair overleg, MDO) werd door veel teams gebruikt om de toepassing van de richtlijnaanbevelingen na te lopen bij cliënten. Zo vulden sommige teams in het MDO de ernstbepaling in en bespraken de behandelindicatie. Eveneens werd het MDO door projectleiders gebruikt om de richtlijn onder de aandacht te brengen. Sommige teams gaven aan dat er binnen de opzet van het MDO weinig ruimte was voor de evaluatie van behandeltrajecten of omdat de tijd van het MDO niet overeenkwam met het moment waarop geëvalueerd moest worden (zes weken of drie maanden). Naast structureel overleg waren er contacten tussen teamleden in de wandelgang en spraken zij over hoe bijvoorbeeld een ernstbepaling uit te voeren.

Investering in de implementatie

Steun vanuit het management werd door de teams genoemd als belangrijke bevorderende dan wel belemmerende factor. Afhankelijk van het management kreeg de projectleider bijvoorbeeld een extra aantal uren voor het project of was er ruimte voor extra scholing of overleg. Sommige teams gaven aan dat de beslisprocessen binnen de organisatie lang duurden.
Teams merkten op dat zowel het aanleren van nieuwe vaardigheden als het toepassen van de richtlijnaanbevelingen tijd (en geld) kost: scholing, intervisie, overleg, uitgebreidere intakeprocedures. Dit was niet altijd makkelijk uitvoerbaar door de productie druk (zoveel mogelijk cliëntencontacten), waardoor met name de registratie van gegevens in het gedrang kwam.

Aansluitende procedures

Soms sloten de procedures niet aan bij de werkwijze en was dit een belemmerende factor voor de implementatie van de richtlijn. Zo moest bijvoorbeeld de diagnostische procedure worden aangepast om het diagnostisch interview standaard af te kunnen nemen. Wachtlijsten vormden eveneens een belemmerende factor voor het opvolgen van de aanbevelingen. Door de wachttijden kon het voorkomen dat de eerder gestelde indicatie na de intake bij de start van de behandeling alweer achterhaald was.

Ook procedures zoals de ROM liepen niet altijd gelijk met de behandel-evaluatie-cyclus. Het elektronisch patiënten dossier bood nog onvoldoende mogelijkheden om de toepassing van de aanbevelingen te faciliteren, zodat administratie soms dubbel moest worden uitgevoerd. Zo zou de registratie van de ernst in het EPD vergemakkelijkt kunnen worden door gebruik te maken van een bestaand format voor ernstbepaling.

Voldoende personele bezetting

Wisselingen in teams belemmerden de implementatie van aanbevelingen omdat daardoor niet iedereen op de hoogte was. Ook het aantal behandelaren dat getraind was in een methode (bijvoorbeeld de ADIS of IPT), was van invloed op het volgen van aanbevelingen. Op sommige locaties werkte er (tijdelijk) geen psychiater, waardoor er naar oplossingen gezocht moest worden voor naleving van behandelaanbevelingen zoals de uitvoer van een medicatie-consult.

Beïnvloedende factoren gerelateerd aan de maatschappij

Financiële prikkels
Een team gaf aan dat aan het stellen van diagnoses financiering gekoppeld is. Niet alleen de behandelaar zou vanwege toekenning van financiën voor diagnosestelling kunnen kiezen, ook patiënten kunnen vragen om een bepaalde diagnose zodat ze PGB kunnen aanvragen of er op school iets mee kunnen bereiken.

Beïnvloedende factoren gerelateerd aan het implementatieproces

Projectleider

De aanwezigheid van een projectleider leek cruciaal bij de implementatie van de richtlijnaanbevelingen. De volgende eigenschappen waren bevorderend: erin geloven dat dit het is, gepassioneerd; vasthoudend; in structureel overleg navragen of aanbevelingen opgevolgd zijn; de vernieuwing steeds weer onder de aandacht brengen, helpen herinneren; discussie durven voeren en confronteren wanneer een aanbeveling niet uitgevoerd wordt; teamleden met elkaar kunnen verbinden; gezag hebben; mensen aan zich weet te binden; enthousiast; indien nodig eens overwerken; inhoudelijk bevlogen; bemoedigen en enige kennis over implementatie.
Steeds weer helpen herinneren/onder de aandacht brengen werd het vaakst genoemd door de verschillende teams als nodige factor voor implementatie.
Een team ervoer het als helpend iemand aan te stellen die verantwoordelijk was voor de dataverzameling uit de dossiers en die navraag deed bij de behandelaren of iets al dan niet uitgevoerd was. Behandelaren gaven aan dat dit hen bij het onderwerp hield.

Implementatie plan en terugkoppeling resultaten

Een implementatieplan was door de meeste teams ingevuld, waarin met name de doelstellingen die men wilde bereiken opgenomen waren. Belangrijke stappen in het plan zoals 'wie wat doet wanneer' om het doel te bereiken en de momenten van evaluatie om zicht te krijgen op de voortgang zijn slechts door twee teams uitgevoerd. Bij de evaluatie konden teamleden zich het plan nauwelijks herinneren, evenals de door het Trimbos-instituut gegeven adviezen voor implementatie nauwelijks herinnerd werden.
Een team had regelmatig overleg over de voortgang van de invoering van de aanbevelingen en kregen resultaten teruggekoppeld van de projectleider. Deze methode leek bevorderend voor de invoering.

Inzet van hulpmiddelen

Een team ontwikkelde een format voor afname van de ADIS en ervoer dit format als helpend. Voor de afname zou anderhalf uur moeten worden gepland.
Door alle teams werd de samenvattingskaart als helpend ervaren in het opvolgen van de richtlijn doordat de aanbevolen stappen kort beschreven zijn. De kaart werd zowel op individueel als op teamniveau in het MDO gebruikt.

Meedoen aan een project en uitproberen

Verschillende teams gaven aan dat deelname aan de implementatiestudie een stok achter de deur was om de aanbevelingen uit te proberen en op te volgen. Verschillende activiteiten zijn als helpend ervaren, zoals: de startbijeenkomst; het teambezoek; en de terugkoppeling van de voormeting. Twee teams hebben het uitproberen in een klein team als werkbaar ervaren, in deze teams was er alle aandacht voor de invoering. Wanneer vanuit een organisatie meerdere locaties betrokken zijn heeft de projectleider onvoldoende zicht op de voortgang.

Keuzes maken

Afspraken maken over welke aanbevelingen prioriteit hebben en waarmee gestart wordt en wie wat ten aanzien van welke aanbeveling gaat uitvoeren is als helpend ervaren bij de implementatie.

Borgen en verspreiden

Teams hebben hier weinig over nagedacht. Een van de teams gaf aan dat een teamlid aan de werkgroep zorgpad depressie deelneemt en de aanbevelingen kan overbrengen en opnemen in het zorgpad en dat de verspreiding dan geregeld is. Een ander team gaf aan de aanbevelingen uit te rollen in een specialistisch team stemmingsstoornissen en angst, in een format dat voor betreffend team ook heeft gewerkt. Als voorbeeld noemden zij niet alle richtlijnaanbevelingen te gaan overbrengen; de ADIS op indicatie en datgene wat werkbaar en haalbaar is in de organisatiestructuur.

9. Implementatiestrategieën

Om de richtlijn Depressie bij Jeugd te implementeren worden de volgende strategieën aanbevolen. De adviezen zijn weergegeven op individueel-, team- en organisatieniveau.

Individueel niveau

- Laat iedere behandelaar verantwoordelijk zijn voor het opvolgen van de richtlijnaanbevelingen.

- Informeer de jeugdigen en hun ouders over werken conform richtlijnaanbevelingen.

Team niveau

- Laat specialistische teams beginnen in een klein team dat aanbevelingen kan uitproberen en op basis van ervaringen aan de slag gaan met de verspreiding. Generalistische teams kunnen ervoor kiezen in meerdere teams gelijk te beginnen.

- Betrek afhankelijk van de aanbeveling andere professionals of afdelingen om taken, verantwoordelijkheden en logistiek goed af te stemmen.

- Maak afspraken op basis van een analyse van de werkelijke situatie en de wenselijke situatie over welke aanbevelingen prioriteit hebben, waarmee gestart wordt en wie wat ten aanzien van welke aanbeveling gaat doen ofwel laat het team met een implementatieplan werken.

- Licht bij visievorming toe wat in latere fasen van de behandeling mis kan lopen wanneer in eerste fasen de aanbevelingen niet worden opgevolgd.

- Stem taken en verantwoordelijkheden af.

- Overweeg of taakherschikking de toepassing van aanbevelingen beter mogelijk kan maken

- Maak alle teamleden verantwoordelijk voor het opvolgen van de aanbevelingen en spreek hen daarop aan.

- Maak afspraken over het moment van afname van het diagnostische interview. Voorgesteld wordt om dit in de intakefase te doen, voordat een kind toegewezen wordt aan een behandelprogramma.

- Registreer uitkomsten op indicatoren die afgeleid zijn van de richtlijnaanbevelingen.

- Evalueer de voortgang in het verbeterteam door regelmatig de resultaten te bespreken en aan de hand daarvan nieuwe acties af te spreken.

- Plan de evaluatie na 6 weken / drie maanden standaard in, bijv. door het secretariaat.

- Bespreek standaard in het MDO de aanbevelingen waaronder screening, ernstbepaling, CDI uitslag en evaluatiemomenten.

- Neem in de intervisie aan de hand van een casus de richtlijnaanbevolen zorg door.

- Gebruik zowel op individueel- als op teamniveau tijdens consulten/patiëntbesprekingen de samenvattingkaart 'Depressie bij jeugd'.

Organisatie niveau

- Breng de medewerkers op de hoogte van de richtlijnaanbevelingen en informeer medewerkers over waarom opvolging belangrijk is.

- Maak iedere behandelaren verantwoordelijk voor het opvolgen van de aanbevelingen.

- Informeer de jeugdigen en hun ouders over werken conform richtlijnaanbevelingen.

- Stel een projectleider en sleutelfiguren aan die de aanbevelingen steeds weer onder de aandacht brengen.

- Zorg ervoor dat de directie, management en teamleiders achter de aanbevelingen staan en laat heb sturen op kwaliteit.

- Stel de richtlijn aanbevolen instrumenten en behandelingen beschikbaar.

- Neem besliscriteria voor stepped care behandeling van depressie bij jeugd op in het EPD, inclusief herinneringen voor evaluatiemomenten

- Neem de richtlijnaanbevelingen op in zorgprogramma's of zorgpaden

- Neem de door de richtlijn aanbevolen vragenlijsten op in de ROM, zodat standaardafname vergemakkelijkt wordt. Laat de vragenlijsten klaarleggen, bijvoorbeeld door het secretariaat, wanneer deze nog niet opgenomen zijn in de ROM.

- Train de behandelaren in de uitvoer van de richtlijnaanbevelingen: zoals in het bespreken van het suïciderisico, afname van de vragenlijsten en uitvoeren van behandelingen waaronder IPT.

- Maak afspraken met huisartsen en andere verwijzers in de regio over de toepassing van screeningsinstrumenten bij jeugdigen waardoor de aanmelding meer gericht kan verlopen en de kans op onderherkenning kleiner wordt.

Trimbos instituut

www.trimbos.nl